

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE **138** N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DESANTI Annick, née PHELIPON

Née le 27 Mai 1924 à Fontenay-le-Comte (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le

**LE CANCER DE LA VULVE
A FORME ERYTHROPLASIQUE**
(a propos de deux observations personnelles)
Travail du Centre des Tumeurs de l'Hôpital Tenon

Président : Mr. P. MOULONGUET, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e
1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DESANTI Annick, née PHELIPON

Née le 27 Mai 1924 à Fontenay-le-Comte (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le



LE CANCER DE LA VULVE A FORME ERYTHROPLASIQUE

(a propos de deux observations personnelles)

Travail du Centre des Tumeurs de l'Hôpital Tenon

Président : Mr. P. MOULONGUET, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e
1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.),
 CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DOMÉLOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-
 SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.),
 MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.),
 MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHT (Ch.), SANNIE (Ch.),
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN : Léon BINET,
 Membre de l'Institut.

ASSESEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales (Cochin	QUENU (J.)
(Hôtel-Dieu	MENE GAUX (G.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulm.	MONOD (R.)

Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Cliniques médicales {	Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (P.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Cliniques obstétricales {	Baudelocque	LACOMME (M.)
	(Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)	
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)	
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)	
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)	
Clinique urologique	BEY (B.)	
Embryologie	GIROUD (A.)	
Génétique médicale	LAMY (M.)	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)	
Histologie	VERNE (J.)	
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)	

MM.

Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DES OILLIE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique génér.	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCE, REGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(DELMAS (A.), pr.s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
Anatomie pathologique	(pr. s. ch. BUSSER (F.) GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A.), pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(ETTORI (J.), pr. s. ch. DESGREZ (P.) POLONOWSKI (J.) SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)

	MM.
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	{ COUJARD (R.)
Histologie	{ N...
	{ N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch.
	{ DEPARIS (M.), pr.s.ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	{ DEROBERT (L.), pr.s.ch.
Médecine légale	{ GAULTIER (M.)
	{ HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	{ GRASSET (J.)
	{ LE LORIER (G.)
Obstétrique	{ LEPAGE (F.)
	{ MERGER (R.)
	{ MORIN (P.)
	{ RAVINA (J.)
	{ ROBEY (M.)
Ophthalmologie	{ BREGETAT (P.)
	{ DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.)
	{ MADURO (R.)
Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.)
	{ CHABAUD (A.)
	{ ABOULKER (P.)
	{ BARCAT (J.)
	{ BAUMANN (J.)
	{ CAUCHOIX (J.)
	{ DUBOST (C.)
Pathologie chirurgicale	{ FAUREL (J.)
	{ FLABEAU (F.)
	{ GERMAIN (A.)
	{ GOSSET (J.)
	{ LAURENCE (G.)
	{ LORTAT-JACOB (J.)
	{ MATHEY (J.)
	{ OLIVIER (Cl.)
	{ POILLIEUX (F.)
	{ THOMERET (G.)
	{ VERNE (J.M.)

Pathologie expérimentale	MM.	
	{	LOEPPER (J.)
	{	MAURICE (P.)
	{	BOUDIN (G.)
	{	BOUVIER (J.B.)
	{	BRICAIRE (H.)
Pathologie médicale	{	BRISAUD (H.)
	{	CASTAIGNE (P.)
	{	CONIE (M.)
	{	DEROT (M.)
	{	DOMART (A.)
	{	LAMOTTE (M.)
	{	LAROCHE (C.P.)
	{	MACREZ (G.)
	{	MILLIEZ (P.)
	{	PEQUIGNOT (H.)
	{	PERRAULT (M.)
	{	RAMBERT (P.)
	{	ROYER (P.)
	{	THIEFFRY (St.)
	{	TURIAT (J.)
Pédiatrie	{	WOLFROMM (R.)
	{	N...
	{	JOSEPH (R.)
Pharmacologie	{	MOZZICONACCI (P.)
	{	POLONOVSKI (Cl.)
	{	CHEYMOL (J.), pr. s. ch.
Physiologie	{	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
	{	EARGETON (D.), pr. s. ch.
	{	PARROT (J.), pr. s. ch.
Physique médicale	{	DEJOURS (P.)
	{	DJOURNO (A.), pr. s. ch.
	{	GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie		KREIS (B.)
Psychiatrie		PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile		MICHAUX (L.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)
Stomatologie	{	CERNEA (P.)
	{	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique		CHASSAGNE (P.)
Urologie		KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PALOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	{ DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.), pr. s. ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction Docteur HAHN (A.)
Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires { Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
{ LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MON MARI

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur P. MOULONGUET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin Chef de la Clinique chirurgicale
de la Salpêtrière,

Qui nous a fait le
grand honneur d'accepter
la présidence de cette
thèse,

Témoignage de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur A. DEVOIS

Radiologiste des Hôpitaux de Paris,

Chef du Service de Radiothérapie
du Centre des Tumeurs de l'Hôpital Tenon,

Qui a bien voulu nous
accueillir dans son service
et nous permettre d'y effectuer ce travail,

Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression
de nos remerciements.

Aux Docteurs Marguerite et Stéphane BOULLE,

dont la bienveillance
et les conseils nous ont
beaucoup aidée au cours de
nos études.

En témoignage de
reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS.

LE CANCER DE LA VULVE A FORME ERYTHROPLASIQUE
(A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS PERSONNELLES)

I N T R O D U C T I O N

A la faveur de deux cas personnels de cancer de la vulve à forme érythroplasique, qu'il nous a été donné d'observer au Centre anticancéreux de l'Hôpital Tenon, Service du Docteur DEVOIS (Directeur : Professeur MOULONGUET) nous avons revu la littérature française et étrangère à ce sujet.

Nous avons pu constater qu'il régnait une certaine confusion au point de vue terminologique, et partant nosologique.

En effet, la lecture des publications ayant trait à des lésions muqueuses érythroplasiiformes identiques, pouvant intéresser la vulve ou le gland, donne l'impression que l'on a affaire à des affections différentes.

Après avoir relaté nos deux observations, nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution à l'étude de cette forme particulière de cancer de la vulve.

Disons tout de suite que le débat paraît se situer sur un plan beaucoup plus histologique que clinique.

HISTORIQUE

Décrite en 1893 par FOURNIER et DARIER sous le nom d'"épithélioma bénin syphiloïde de la verge" ou épithéliome papillaire nu, l'ERYTHROPLASIE des muqueuses ou Maladie de QUEYRAT (1911) représente une affection dont l'intérêt anatomo-clinique et nosologique est considérable. Dès cette époque, QUEYRAT insistait sur la notion de dégénérescence épithéliomateuse de l'ERYTHROPLASIE.

En 1922, HUDELO, OURY et CAILLAU, sous le nom de "Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire", décrivent une lésion qu'ils considèrent également comme susceptible d'évolution néoplasique et l'assimilent histologiquement à une Maladie de BOWEN des muqueuses ou à une affection précancéreuse.

En 1925, RICHON écrit : "La Maladie de BOWEN des muqueuses présente de grandes analogies cliniques avec les états décrits comme Erythroplasie et la différenciation subjective est impossible. Seuls, les examens histologiques permettront la différenciation."

DARIER, en 1928, décrit deux types histologiques :

- un type sans signes de malignité,
- un type de Maladie de BOWEN, avec aspects histologiques indiquant la malignité.

Dans sa discussion, il admet que de nombreux états bénins peuvent se traduire par une

érythroplasie ; néanmoins, il conclut quelque peu contradictoirement que ces états, tôt ou tard, deviennent des épithéliomas avec métastases.

C'est également en 1928 que PAUTRIER soutient qu'érythroplasie et maladie de BOWEN représentent une seule et même maladie, et que cet état est un cancer d'emblée et non ce qu'il est convenu d'appeler un état précancéreux.

Le premier article américain publié sur l'érythroplasie le fut par SULZBERGER et SATENSTEIN en 1933. Ils admettent que l'érythroplasie est un état précancéreux.

En 1931, NICOLAS, MASSIA et ROUSSET, à propos de trois cas, estiment que l'érythroplasie de QUEYRAT se différencie de la maladie de BOWEN des muqueuses. Celle-ci doit être considérée comme un cancer d'emblée d'un type spécial : le cancer des dyskératoses.

Quelques temps après, en 1933, HUDELO et CAILLAU se rangent également à cet avis.

PAUTRIER, en 1943, décrit un cas d'érythroplasie avec aspect histologique de maladie de BOWEN.

Pour DEGOS (1953), l'érythroplasie représente une maladie de BOWEN des muqueuses. L'érythroplasie constitue le stade clinique initial très lentement extensif d'un processus épithéliomateux malin du type Maladie de BOWEN.

Aujourd'hui, beaucoup d'auteurs considèrent qu'ERYTHROPLASIE et MALADIE de BOWEN des muqueuses ne font qu'une seule entité qui doit être considérée comme un cancer dès le début de son évolution.

Si l'accord paraît définitivement établi quant à l'évolution néoplasique à long terme de

l'érythroplasie, il n'apparaît pas réalisé quant à sa nature.

Est-ce une localisation muqueuse de la maladie de BOWEN ? S'agit-il d'un syndrome purement clinique pouvant être réalisé par d'autres états "papillomateux" ?

S'agit-il d'emblée d'un épithélioma "in situ" devenant invasif après une plus ou moins longue évolution intra-épithéliale ?

Enfin, doit-on, à la lumière de publications récentes, distinguer les érythroplasies malignes des érythroplasies bénignes, purement inflammatoires, avec infiltrats plasmocytaires ?

Telles sont les questions auxquelles nous essaierons de répondre dans ce travail.

OBSERVATIONS CLINIQUES

C A S I

Mme VA..., 69 ans, a présenté un épithélioma pavimenteux baso-cellulaire du col utérin, stade II, avec infiltration du paramètre gauche. Elle fut traitée d'Août à Décembre 1946 par radium et rayons X complémentaires.

La guérison clinique est obtenue.

Depuis 1951, cette malade se plaint d'un prurit vulvaire avec des lésions "eczématisées".

Il s'agissait, à cette époque, en réalité, d'une lésion intéressant les petites et les grandes lèvres, sous forme de plaques nettement limitées, symétriques, érythémateuses, à surface lisse et légèrement suintante, ne débordant pratiquement pas sur le versant cutané. On note une atrophie modérée de la vulve.

Pendant 4 ans, la malade est suivie par plusieurs praticiens qui essaient divers traitements et, notamment, l'oestrogénothérapie locale et générale, sans succès.

Les lésions s'étendent progressivement sur le versant cutané, la région clitoridienne, l'entrée du vagin.

Le prurit devient intolérable, et c'est à ce moment (1955) que nous sommes appelés à voir

la malade.

Elle présente alors des manifestations érythémateuses cutanéomuqueuses prenant les petites lèvres, la fourchette, les grandes lèvres, débordant nettement sur le versant cutané de la moitié inférieure de la région vulvaire, intéressant également la région méatique et l'entrée du vagin.

A l'inspection, ces lésions constituent un placard rouge vermillon, bien limité, lisse, grossièrement symétrique, suintant.

A la palpation, ce placard ne présente pas d'induration nette, mais on perçoit une légère infiltration "papyracée".

Le toucher vaginal révèle également la même infiltration au niveau de la région clitoridienne, au pourtour de l'orifice vaginal et du méat urinaire où les lésions apparaissent légèrement végétantes. Le doigtier n'est pas souillé de sang. On ne constate aucune adénopathie inguinale.

La première biopsie pratiquée montrait l'image d'un épithélioma "in situ" (Docteur L.GASNE).

La malade fut adressée au Professeur P. MOULONGUET, en vue d'une vulvectomie.

Au préalable, de nouvelles biopsies, pratiquées en divers points de la lésion vulvaire, mirent en évidence qu'à côté de l'épithélioma intra-épithélial, certaines zones étaient le siège :

- soit d'un épithélioma nettement invasif, la basale étant manifestement rompue, réalisant l'aspect typique d'un épithélioma épidermoïde à boyaux trabéculaires pleins, avec ébauche de quelques globes parakératosiques, serti par une infiltration leucocytaire importante ;

- soit, en d'autres points, d'une hyperpla-

sie papillomateuse en nappe avec dyskératose et "cellules en manteau" type BOWEN.

Toutes les coupes montraient, avec ou sans effondrement de l'assise basale, des noyaux plus ou moins irréguliers et de nombreuses mitoses, même dans les couches les plus superficielles.

Les lésions invasives intéressant, en particulier, la région clitoridienne et le méat urinaire, Monsieur le Professeur P. MOULONGUET préféra la curiepuncture à la vulvectomie qui obligeait à de trop gros sacrifices.

La malade fut donc aiguillée. Elle est guérie cliniquement depuis trois ans.

o
o o

C A S II =====

Mme L..., 72 ans, a présenté dans ses antécédents un cancer du col utérin en 1938, traité par curiothérapie et rayons X complémentaires. La guérison clinique est obtenue.

Elle est suivie, en 1943, pour une lésion anale qui se révèle à la biopsie : Maladie de Bowen en "dégénérescence" (Hôpital Saint-Louis). Cette lésion a été électrocoagulée et la "guérison" obtenue jusqu'en 1953, où la malade est vue par un médecin qui note l'existence d'un "eczéma suintant" de la marge de l'anus et de la région clitoridienne.

La malade consulte deux ans après. C'est à ce moment que nous la voyons.

Elle présente alors (1955) une lésion étén-

due, intéressant la fourchette, les grandes et les petites lèvres, le pourtour de l'anus. Il s'agit de lésions à type d'érythroplasie, c'est-à-dire de placards rouge vermillon, lisses, bien limités, symétriques par rapport au grand axe vulvaire. Par contre, la région de la fourchette est le siège d'une lésion végétante de la taille d'une fraise, ne saignant pas au contact.

Une biopsie de la lésion vulvaire, pratiquée au niveau d'une grande lèvre, donne un aspect d'épithélioma "in situ".

La lésion végétante de la fourchette réalise un aspect histologique d'épithélioma invasif.

On a donc affaire au même type de lésion clinique et histologique que dans la première observation.

Cette malade a également été traitée par curiepunkture, à la suite de laquelle les lésions ont disparu.

La malade est décédée deux ans après, sans signes de récidence locale, d'une affection intercurrente.

DISCUSSION

Le cancer de la vulve à forme érythroplasique représente une forme clinique particulière. Compte tenu de sa relative rareté, les publications qui s'y rapportent sont empreintes d'une certaine confusion, tant sur le plan anatomo-clinique que sur le plan nosologique, et, par conséquent, thérapeutique.

o
o o

I)- SUR LE PLAN CLINIQUE.

Description -

Il s'agit de placards plus ou moins étendus, de forme arrondie ou ovalaire, souvent polycycliques, grossièrement symétriques par rapport à l'axe de la vulve.

Les bords en sont nets, précis, généralement réguliers. Ils tranchent nettement sur la muqueuse saine.

La couleur du placard est rouge vif, allant du carmin à l'écarlate. A l'examen attentif, on remarque le plus souvent un aspect chagriné, dû à un fin granité d'un rouge plus intense au niveau des papilles dermiques mises à nu.

La surface de la lésion est plane, lisse et

brillante.

Elle épouse les reliefs des parties adjacentes, donnant à la plaque un aspect en feuillet de livre au niveau des replis cutanéomuqueux.

Le placard peut être de niveau ou très légèrement surélevé par rapport à l'épithélium sain, réalisant un "plateau à bords abrupts" (TOURAINE et SOLENTE).

Au toucher superficiel, qui est absolument indolore, on note une sensation veloutée.

A la palpation, on retrouve une infiltration discrète, "papyracée", réalisant un blindage superficiel encore souple, légèrement élastique.

Cette lésion entraîne le plus généralement un prurit intense, donnant des lésions de grattage et de surinfection qui peuvent, au point de vue dermatologique, en modifier l'aspect.

Au point de vue évolutif, le placard érythroplasique :

- s'étend très progressivement sur plusieurs années, de 2 à 5 ans en moyenne, en tache d'huile, envahissant la jonction cutanéomuqueuse des grandes lèvres, puis la peau adjacente de la vulve, et pouvant gagner même le pourtour de l'anus ;

- se modifie en certains points où les lésions prennent un aspect végétant. A un stade ultérieur, la muqueuse devient ulcéro-végétante, saignant au moindre contact.

Les territoires ganglionnaires inguinaux ne montrent pas d'adénopathies pendant longtemps.

Lorsque les signes cliniques de malignité apparaissent, des adénopathies satellites peuvent évidemment être retrouvées.

Diagnostic -

Au point de vue diagnostic différentiel, la relative rareté de l'érythroplasie fait qu'elle est souvent méconnue.

En présence d'un ou plusieurs placards vulvaires, rouges, bien limités, désespérément persistants, il faut penser à une "érythroplasie", conscient de la signification de ce terme consacré par l'usage.

On éliminera aisément l'eczéma chronique vulvaire, dont les lésions sont vésiculaires et suintantes, les bords indéterminés ou moins nets, l'évolution faite de poussées successives entre lesquelles les lésions s'amendent si elles ne disparaissent pas complètement.

Plus difficile peut être la distinction avec un eczéma lichénifié et infecté par lésions de grattage.;

le psoriasis, rarement vulvaire ; ou, s'il existe une localisation génitale, elle n'est pas isolée. D'ailleurs, il s'agit d'une lésion squameuse.

Les diabétides sont des lésions fréquentes, que l'on rapporte facilement à leur cause.

Les syphilides érythémateuses ressemblent davantage à la lésion qui nous occupe. Cependant, la coloration est jambonnée et non carminée. La sérologie et l'histologie tranchent la question.

La maladie de Paget, localisée à la vulve : elle y réalise des aspects très proches de l'érythroplasie.

Souvent, seule l'histologie permettra de préciser. Mais il s'agit là d'une lésion maligne qu'il convient de traiter comme telle.

Enfin, depuis ZOON (1950-1952), les auteurs

modernes insistent sur une lésion érythroplasi-forme, décrite chez l'homme sous le nom de balano-posthite à plasmocytes, dont peu d'observations paraissent avoir été publiées en ce qui concerne la localisation vulvaire.

L'observation publiée par CARTEAUD, J.J. MEYER et LEBRUN, en 1950, sous le nom de "Erythroplasie vulvaire datant de 20 ans, guérie en trois mois par les oestrogènes", ne paraît pas devoir être retenue en raison de l'absence d'histologie.

En Mars 1954, GARNIER publie deux observations sous le nom de "Vulvite érythémateuse circonscrite bénigne à type d'érythroplasie". Ces observations ne semblent pas pouvoir être distinguées de l'érythroplasie qui nous occupe.

En effet, cet auteur croit pouvoir tenir compte, pour éliminer l'hypothèse d'une affection précancéreuse ou de néoplasie en évolution:

- d'une évolution apparemment bénigne pendant 5 ans pour le premier cas, 1 an pour le deuxième ;

- d'une histologie atypique et que nous verrons plus loin être insuffisante.

o
o o

2)- SUR LE PLAN HISTOLOGIQUE.

Si, sur le plan clinique, ce qu'il est convenu d'appeler érythroplasie correspond à une lésion assez caractéristique, sur le plan histologique ces lésions diffèrent quelque peu, au moins apparemment, d'après les descriptions qui en ont été faites.

En effet, à la lecture des publications, il apparaît plusieurs concepts histologiques qui, en

fait, ont de nombreux points communs. Les différences, comme nous le verrons, étant prétexte à des distinctions subtiles sinon fallacieuses.

Il en résulte que, pour désigner l'entité qui nous occupe, tel auteur l'appelle maladie de Bowen des muqueuses et la distingue de l'érythroplasie proprement dite, tel autre considère les deux termes comme synonymes et les classe dans le groupe des dermatoses dites précancéreuses, tel autre enfin les regarde comme un épithélioma longtemps "in situ", puis invasif.

C'est à cette dernière conception que nous pensons devoir nous ranger.

Classiquement, l'image de la maladie de Bowen localisée aux muqueuses montre bien, distincts des tissus environnants :

- une hyperkératose,
- une hyperacanthose,
- et souvent des placards de parakératose.

A l'examen au fort grossissement, il apparaît des anomalies cellulaires et nucléaires :

- Les cellules de l'épithélium ont tendance à se tasser verticalement les unes contre les autres ;

- elles sont de taille inégale, de forme irrégulière, souvent plus chromophiles que normalement ;

- les noyaux, fait peut-être plus important, sont dissemblables, inégaux en taille et en densité : quelques-uns bourgeonnants, d'autres véritablement monstrueux. Des mitoses plus ou moins nombreuses se rencontrent même dans les couches superficielles.

Cette "poikilocarynose" selon DARIER constitue le symptôme histologique majeur de la maladie de Bowen.

L'assise basale n'est, en principe, jamais effondrée.

Les classiques insistent sur la présence, dans ce fond cellulaire, de quelques cellules dyskératosiques ségrégées en plein corps muqueux, à distance de l'assise basale. Ces cellules présentent des caractères atypiques, irrégularité et monstruosité (réalisant, en allant des couches profondes à la superficie, les classiques corps ronds, les cellules à manteau et enfin les grains kératinisés).

- Le chorion est généralement le siège d'une infiltration lympho-plasmocytaire d'importance variable.

A côté de cet aspect considéré comme caractéristique de la maladie de Bowen des muqueuses, il existe des aspects montrant simplement :

- une hyperacanthose interpapillaire identique à celle de la forme typiquement bowénienne;

- des altérations cellulaires plus ou moins nombreuses, intra-épithéliales, sans que l'on puisse reconnaître des cellules dyskératosiques proprement dites, sans corps ronds ni grains réalisant typiquement l'aspect d'un épithélioma "in situ", la basale n'étant en aucun point effondrée.

Ces aspects sont considérés par certains auteurs, en particulier par CIVATTE, comme le stade précédant la maladie de Bowen, tous les aspects intermédiaires pouvant être rencontrés.

HUDELO et CAILLAU, en 1933, insistent sur deux ordres de faits :

- D'une part, il est des cas où la lésion est hyperplasique, papillomateuse, d'apparence "précancéreuse". Ils constituent les véritables érythroplasies susceptibles de dégénérer en épithélioma épidermoïde.

- D'autre part, il est des cas où la lésion est métaplasique, caractérisée par la transformation monstrueuse des cellules constituant la maladie de Bowen qui, pour ces auteurs, doit être considérée comme un cancer d'emblée.

Les données histologiques que nous possédons actuellement, à travers les publications tant françaises qu'étrangères, permettent de considérer ces lésions comme répondant indiscutablement à la définition de l'épithélioma, d'abord "in situ", puis invasif, après une phase de quiescence plus ou moins longue.

C'est à cette conclusion qu'aboutissent, en particulier, PAUTRIER en France, PETERSON aux Etats-Unis.

Nous pensons, quant à nous, qu'il est parfaitement impossible de suivre les auteurs qui veulent distinguer l'érythroplasie de la maladie de Bowen (NICOLAS, MASSIA, ROUSSET, HUDELO et GAILLAU).

Il semble, en effet, comme le soutient PAUTRIER, que les cellules dites de Bowen ne sont rien moins que des cellules monstrueuses, cytologiquement néoplasiques, pouvant rester, pendant une période plus ou moins longue, dans la première phase de cancérisation, phase pendant laquelle les cellules restent confinées dans le tissu épithélial qui les a engendrées.

Cet aspect correspond à la notion de cancer "in situ", et les classiques "corps ronds", qui servent à certains auteurs de critère pour distinguer Erythroplasie et Maladie de Bowen des muqueuses, paraissent une notion fallacieuse.

Les différents aspects décrits par les classiques peuvent, en effet, se voir sur des coupes différentes de la même lésion, comme nous en apportons la preuve.

D'autre part, vouloir conserver la différenciation entre lésion précancéreuse et cancer d'emblée apparaît comme une notion dépourvue d'intérêt, puisque, dans l'état actuel de nos connaissances, l'épithélioma intra-épithélial n'est autre qu'un cancer encore non invasif, il est vrai, mais un cancer cellulaire sinon tissulaire.

La distinction ne tient pas du point de vue histologique. Elle ne tient pas davantage du point de vue évolutif, puisque l'on ignore la durée d'évolution du stade 0 que, cependant, on sait pouvoir être longue.

Enfin, fait important, comme le montrent nos deux cas, des biopsies pratiquées en des points différents de la lésion montrent que l'on a affaire :

- en tel point, à une lésion intra-épithéliale ;

- en tel autre, à une lésion manifestement invasive, sans que la clinique permette toujours de le prévoir.

D'où la nécessité, devant une lésion érythroplasiforme des muqueuses et, en particulier, de la vulve, de pratiquer, en différents endroits, une biopsie large, de préférence au bistouri plutôt qu'à la pince.

Disons, à ce propos, que le cyto-diagnostic, tant par la méthode de PAPANICOLAOU que par la méthode de TZANCK (cyto-diagnostic de TZANCK), n'a qu'un intérêt relatif puisque, même au stade intra-épithélial, la lésion est cliniquement reconnaissable d'une part, et qu'il ne permet pas d'apprécier, comme nous venons de le dire, s'il s'agit d'une lésion déjà invasive, d'autre part. Le cyto-diagnostic ne peut, en effet, prévoir un dépassement de la couche basale. Il n'a pas non plus la valeur d'un examen de dépistage.

Soul, l'examen histologique par biopsie,

praticqué comme nous l'avons dit, permet un diagnostic de stade histologique.

Pour ce qui concerne le diagnostic histologique différentiel, nous ne retiendrons que la "vulvite érythémateuse circonscrite bénigne à type d'érythroplasie", dont GARNIER a publié 2 cas en Mars 1954.

= Dans l'un des cas, il s'agit d'une lésion "hyperplasique sans images suspectes et dont le chorion est le siège d'une inflammation subaiguë où prédominent les plasmocytes".

Le cyto-diagnostic de TZANCK de cette lésion montre : "quelques îlots de cellules basales sans protoplasme de type baso-cellulaire et des cellules malpighiennes en placards à noyau anormal et irrégulier, ainsi que d'autres cellules kératinisées à noyau picnotique".

= Dans l'autre cas, il y a acanthose et quelques cellules épidermiques présentant des inégalités de taille et de noyaux, ainsi qu'une infiltration plasmocytaire du chorion.

Cet auteur pense que ces vulvites à plasmocytes sont de nature bénigne, puisque l'une évolue depuis 5 ans ... et l'autre depuis 1 an..., et les rattache à la lésion décrite par ZOON d'Utrecht, en 1952, sous le nom de : Balano-posthite chronique à plasmocytes. Ce concept est adopté par ROEDERER en 1953 et NODL en 1954.

Avec SAUL BLAU (1955), nous pensons qu'il convient de faire des réserves quant à l'existence de cette entité, car les critères histologiques et évolutifs n'apparaissent pas probants, si l'on veut bien se rappeler qu'un cancer au stade 0 évolue pendant de nombreuses années avant de donner des caractères cliniques et anatomo-pathologiques de néoplasme invasif, et que les "images typiques" décrites dans la maladie de Bowen des muqueuses sont inconstantes dans l'érythroplasie.

3)- SUR LE PLAN NOSOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE.

De ce qui précède, il paraît bien logique de concevoir la maladie qui nous préoccupe comme un cancer qui présente un certain nombre d'éléments caractéristiques :

- son siège muqueux, puis cutané-muqueux ;
- son aspect érythroplasique bien limité ;
- son évolution d'abord "in situ", généralement longue, pouvant atteindre 5, 10 et même 20 ans dans certains cas, puis invasive, prenant l'aspect d'un épithélioma épidermoïde tantôt spino-cellulaire, tantôt baso-cellulaire, tantôt de type intermédiaire.

En ce sens, la maladie de Bowen des muqueuses et, en particulier, de la vulve, apparaît comme un cancer à forme érythroplasique qui mérite d'être connu, en dépit de sa rareté.

Celle-ci, d'ailleurs, peut n'être qu'apparente si la période de cancer cellulaire n'est pas diagnostiquée ou si la longue évolution pré-invasive rassure le clinicien en lui faisant écarter le diagnostic de cancer.

Aucune cause ne paraît pouvoir être mise en évidence. La syphilis, longtemps incriminée, n'a rien à voir ici.

SACHS and SACHS, dans leurs 10 cas, n'ont relevé que des lésions inflammatoires sans image de malignité.

L'infiltration cellulaire était constituée surtout par des plasmocytes. Ils inclinent à croire que l'érythroplasie doit être un processus inflammatoire dû à un agent spécifique (?) non mis en évidence. Et ils traitent leurs malades par les arsenicaux.

En fait, les lésions décrites par ces auteurs ne sont pas toutes biopsiées. De plus, aucune notion évolutive avec recul suffisant (c'est-à-dire très long) n'apparaît dans leur publication.

Par contre, assez intéressante est la coïncidence rapportée par GARDINER, en 1953, entre l'évolution d'un carcinome de la vulve chez des malades porteuses de cancer du col utérin.

Il se trouve que nos deux cas avaient présenté un cancer du col cliniquement guéri avant l'apparition de l'"érythroplasie". Le Professeur MOULONGUET, dans son rapport au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève (1954), met l'accent sur les dystrophies muqueuses occasionnées par les moyens habituels de lutte anti-cancéreuse : "On peut même dire, sans exagération, que ces traitements, en même temps qu'ils guérissent le foyer épithéliomateux, aggravent les lésions dystrophiques de la muqueuse".

Il faut bien savoir, en effet, que la récurrence peut toujours survenir, non pas tant sous la forme d'une récurrence locale proprement dite, mais surtout régionale.

Quant à la notion d'insuffisance ovarienne, évidente dans les néoplasmes développés sur Kraurosis Vulvae et atrophies prurigineuses, elle ne paraît pas pouvoir être, ici, mise en vedette.

L'un de nos cas fut traité par oestrogénothérapie locale (onguent). Elle n'eut aucun effet.

Ceci nous permettra d'insister, dans le cadre de la prophylaxie de cette forme de cancer vulvaire, sur l'inefficacité des oestrogènes, constatée d'ailleurs par d'autres auteurs.

4)- SUR LE PLAN PRATIQUE.

Le cancer vulvaire à forme érythroplasique ayant une évolution "in situ" assez longue, comme nous l'avons vu, demeure dans une certaine mesure une bonne forme de néoplasme.

Il importera donc d'y penser devant une lésion érythroplasique et d'en faire la preuve par l'histologie.

Le diagnostic étant posé, le traitement de la lésion locale, selon les cas et les convictions, pourra se faire par :

1- Destruction par électro-coagulation, dans les lésions de petite surface situées à distance du méat urinaire.

2- L'ablation chirurgicale : la vulvectomie, qui, cependant, peut ne pas être réalisable sans sacrifices.

3- La Roentgenthérapie, sauf cas particulier, ne paraît pas être une excellente méthode; par contre,

4- La Curiepuncture constitue, pour nous, la méthode de choix, à condition :

- d'être correctement pratiquée, en tenant compte de l'extension exacte des lésions, en donnant d'une manière homogène (contrôles dosimétriques) 6.000 r gamma à la lésion ;

- d'être appliquée aux seuls cas dont le volume à irradier n'est pas trop important, encore que les possibilités de la Curiethérapie apparaissent aussi grandes que celles de la chirurgie.

Il nous paraît utile de rappeler ici l'inefficacité de l'oestrogénothérapie dans le traitement de cette lésion vulvaire. Il importe, en

effet, de bien distinguer les atrophies prurigineuses de l'"érythroplasie" vulvaire et n'instituer le traitement hormonal avec persévérance que dans le Kraurosis, et non pas, sans discernement, à toutes les lésions prurigineuses de la vulve. Dans le cas qui nous préoccupe, il fait perdre un temps précieux, car il ne s'agit pas d'une affection susceptible de déterminer un cancer, mais bien d'un cancer.

Par contre, lorsque la guérison aura été obtenue, elle le sera certainement au prix d'une atrophie post-thérapeutique qui peut justifier l'emploi des oestrogènes.

Nous pensons, avec le Professeur MOULONGUET, que la prophylaxie de la récurrence loco-régionale, au moins chez la femme âgée, demeure la poursuite "avec le plus grand zèle" de l'oestrogénothérapie.

Les aires ganglionnaires seront, en principe, surveillées s'il n'y a pas de ganglions palpables, ou mieux systématiquement traitées chirurgicalement, soit dans le même temps que la vulvectomie, soit secondairement à la Curiepuncture.

C O N C L U S I O N S

L'observation de deux malades nous donne l'occasion d'insister sur cette forme anatomo-clinique particulière de cancer vulvaire, et de préciser qu'il serait souhaitable d'uniformiser la terminologie sur cette question importante.

Dans ce travail, nous avons retenu les points suivants :

1°)- Le début "érythroplasique", dont l'évolution relativement longue (plusieurs années), sans grosses modifications du point de vue dermatologique, correspond à un stade 0 qui doit être reconnu et traité par les moyens anti-cancéreux dont nous disposons actuellement.

Cette période pré-invasive a le mérite de ne passer inaperçue ni de la malade ni du praticien.

Elle ne nécessite pas d'examens systématiques tels que frottis, son expression dermatologique devant être suffisante à la faire reconnaître et partant biopsier, sans se contenter du diagnostic vague d'"eczéma" ou de "prurit" vulvaires.

2°)- Reconnue tardivement, l'examen attentif des lésions vulvaires et anales (extension en tache d'huile) permettra de diriger les prélèvements biopsiques de préférence sur des zones végétantes éventuelles, la notion de stade histologique pouvant avoir un intérêt pronostique et sur-

tout thérapeutique.

3°)- Le traitement de cette forme clinique ne se distingue en rien de celui du classique néoplasme vulvaire de la femme âgée. Il vise, d'une part la lésion vulvaire, d'autre part les aires ganglionnaires.

- Au stade 0, sans adénopathies cliniquement décelables, le choix sera fait (selon les convictions de chacun et dans une certaine mesure en tenant compte de la malade) entre la vulvectomie et la curiepuncture.

- Au stade invasif, avec ou sans ganglions palpables, le choix sera fait suivant les cas entre :

- la vulvectomie complète avec ablation bilatérale des ganglions ilio-fémoraux ;
- la curiepuncture, suivie d'un curage inguinal bilatéral chaque fois qu'il est possible, la roentgenthérapie des aires ganglionnaires ne devant être considérée que comme un pis-aller.

Le cancer vulvaire est un des plus graves.

Mais la forme anatomo-clinique qui a fait l'objet de ce travail présente la particularité de rester plusieurs années une néoplasie "in situ" non dissimulée pour qui sait la reconnaître.

Son intérêt en est d'autant plus grand, puisqu'elle donne la possibilité de lutter contre un CANCER précocement évident.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

P. MOULONGUET

B I B L I O G R A P H I E

- 1- ABRAMOWITZ (E.W.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. Dermat. and Syph., 60, 917, 1949.
- 2- ANDERSON (N.P.) - Bowen's precancerous Dermatitis and multiple benign superficial epithelioma.- Arch. of Dermat. and Syph., 26, 1052, 1932.
- 3- ANDREWS (G.)- Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 34, 717, 1937.
- 4- AYERS (S.Jr.) - Erythroplasia.- Arch. of Dermat. and Syph., 57, 570, 1948.
- 5- BARBIER (M.G.) - Erythroplasie vulvaire.-
La Presse Médicale, 35, 360, 1927.
- 6- BARBIER (M.G.) - Erythroplasie vulvaire.-
Congrès de Dermat. et Syph. Langue Fr.,
Bruxelles, July, 25, 1926. (Cité par
TOURAINÉ et SOLENTE).
- 7- BARBIER (M.G.) - Erythroplasie vulvaire.-
Marseille Méd., 3, 184, 1928.
- 8- BARKER (L.P.) - Erythroplasia.- Arch. of Derm.
and Syph., 58, 615, 1948.
- 9- BAUD (J.) - Traitement des Epi. de la vulve.-
Bulletin de l'Association française pour
l'Etude du Cancer, 36, 104, 1949.
- 10- BERVEN (E.), TOD (M.), ELLIS (E.) - Vulve

cancer symposium.- British Journal of Radiology Londres, 22, 260 (Août 1949), p. 498-520.

- 11- BLOOM (D.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 28, 879, 1933.
- 12- BOWEN (J.T.) - Precancerous Dermatoses.-
J. cutan. Dis., 30, 241, 1912.
- 13- BOWEN (J.T.) - Precancerous Dermatoses.-
Arch. of Dermat. and Syph., I, 23, 1920.
- 14- BRODERS (A.C.) - Carcinoma in situ contrasted
with penetrating epithelium.- J.A.M.A., 99,
1670, 1932.
- 15- BURGER (P.)- Maladie de Bowen à localisation
vulvaire.- Revue française de Gynécol. et
Obst., 44, II, 1949.
- 16- CALLAWAY (J.L.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 42, 350, 1939.
- 17- CARTEAUD, MEYER (J.J.) et LEBRUN - Erythro-
plasie vulvaire datant de 20 ans, guérie en
3 mois par les oestrogènes.- Bull. Soc.
Franç. de Dermat. et Syph., 57, 321, 1950.
- 18- CIVATTE (A.)- Nouvelle Pratique dermatologi-
que, p. 636, Vol. 6, Masson et Cie.
- 19- COMBES (F.C.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 38, 802, 1938.
- 20- CORDERO (A.), MOLINO (E.B.) - Erythroplasia.-
Revue Argent. Dermatosif., 34, III, 1950.
- 21- DARGENT et PAPILLON - Le traitement des tu-
meurs de la vulve.- Bull. Ass. franç. pour
l'Etude du Cancer, 36, 144, 1949.
- 22- DARLIER (J.) - Textbook of Dermatologie, édité
avec notes par S. POLLITZER, p. 677, 1920.

- 23- DARIER (J.) - Le cancer de la dermatose pré-cancéreuse de Bowen.- Ann. de Dermat. et Syph., 1, 49, 61, 1920.
- 24- DARIER (J.) - Précis de Dermatologie, p.994, Masson et Cie.
- 25- DEGOS (R.) - Dermatologie, p. 1016 - Flammarion, Paris, 1953.
- 26- ELLER and ELLER (W.P.) - Tumors of the skin. p. 339 - Led and Febiger, 1951.
- 27- ELLIS (F.A.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Dermat. and Syph., 50, 129, 1944.
- 28- FABRE (H.M.) - Erythroplasie vulvaire et cancer du col utérin.- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 39, 897, 1932.
- 29- FERRARI (A.V.) - Erythroplasia.- Dermatosifil, 24, 141, 1950.
- 30- FOURNIER (A.) et DARIER (J.) - Epithélioma bénin syphiloïde de la verge.- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 4, 324, 1893.
- 31- GARDNER (S.H.) - Intra-epithelial carcinoma of the vulva.- American Journ. of Obst. and Gyn., 65, 539, Mars 1953.
- 32- GARNIER (G.) - Vulvite érythémateuse circonscrite bénigne à type d'érythroplasie.- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., séance du 11 Mars 1954.
- 33- GONIN (R.) - Maladie de Bowen - Erythroplasie des muqueuses.- Dermatologica, 92, 74, 1946.
- 34- GRACIAFSKY (P. de) et BOULLE (S.) - Atlas de Dermatologie, Maloine, Paris 1952.
- 35- GREENBERG (S.I.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Dermat. and Syph., 61, 533, 1950.

- 36- HEROLD (W.C.) and COOPER (Z.K.) - Bowen's disease intra-epidermal carcinoma.- S. Clin. North America, 24, 1033, 1944.
- 37- HUDELO, OURY et CAILLAU - Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire.- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 29, 139, 1922.
- 38- HUDELO (L.) et CAILLAU - Maladie de Bowen des muqueuses envisagée comme cancer d'emblée.- Ann. de Dermat. et Syph., 4, 813, 1933.
- 39- IRGANG (S.) and ALEXANDER (E.R.) - Erythroplasia of Queyrat in a negro.- Arch. of Dermat. and Syph., 34, 247, Aug. 1936.
- 40- JEFFCOTE (T.N.)- A intra-epidermal carcinoma.- J. Obst. and Gyn. Brit. Emp., 51, 377, 1944.
- 41- JOHNSON (H.H.) and SCHONBERG (I.L.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Dermat. and Syph., 60, 913, 1949.
- 42- JORNO (J.F.) - Contribution à l'étude de l'érythroplasie de Queyrat.- Acta Dermat.-nevereol., 19, 123, 1938.
- 43- KLINGER (M.E.) and NORTHRIP (R.U.) - Erythroplasia of Queyrat.- J. Urol., 63, 173, 1950.
- 44- KNIGHT (R.J.) - Bowen's disease (vulva).- Amer. J. Obst. and Gyn., 46, 514, 1943.
- 45- LAPOWSKI (B.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Dermat. and Syph., 33, 160, 1936.
- 46- LAPOWSKI (B.) and WALZER (A.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Dermat. and Syph., 39, 184, 1939.
- 47- LEVI (L.) - A proposito di un caso di Eritroplasia de Queyrat.- Giorn. Ital. di Derm. e Sifil., 94, 54, 1953.

- 48- LORTAT-JACOB (E.) - L'érythroplasie.- Bull.
Soc. franç. de Dermat. et Syph., 376, 655,
1930.
- 49- LOUSTE (A.), CHILLAU (F.) et VANNIER - L'éry-
throplasie.- Bull. Soc. franç. de Dermat.
et Syph., 36, 438, 1929.
- 50- LOUSTE (A.), CHILLAU (F.) et MARANI - Un cas
d'érythroplasie génitale.- Bull. Soc.
frang. de Dermat. et Syph., 32, 227, 1925.
- 51- MAC KEE (G.E.) - Erythroplasia.- Arch. of
Dermat. and Syph., 46, 592, 1942.
- 52- MARCUS (K.) - Erythroplasia.- Acta Dermat.-
Venereol., 13, 560, 1932.
- 53- Mc DANIEL (J.E.) and MASON (L.W.) - Dyskéra-
tose maligne. Erythroplasie du type
Queyrat. 1 cas.- Arch. of Dermat. and
Syph., 60, 419, 1949.
- 54- MONTGOMERY (H.) - Precancerous Dermatosiis
and Epithelioma in situ.- Arch. of Dermat.
and Syph., 39, 387, 1939.
- 55- MONTGOMERY (R.M.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 58, 617, 1948.
- 56- MORRIS (G.E.) - Erythroplasia of Queyrat.-
Arch. of Dermat. and Syph., 54, 610, 1946.
- 57- MOULONGUET (P.) - Etiologie et prophylaxie du
cancer de la vulve.- Rapport au Congrès
International de Gyn. et d'Obst., Genève,
1954.
- 58- NEGRI (P.) - Chronic erosive plasmocytoma of
penis.- Dermatosifil., 7, 155, 1932.
- 59- NICOLAS (J.), MASSIA (C.), ROUSSET (J.) - La
maladie de Bowen des muqueuses. Discussion
de sa nature à propos de trois nouveaux cas.-

Ann. de Dermat. et Syph., I, 1113, 1930.

- 60- NODL (F.) - Zur Klinik und histologi der Balanoposthis chronica circumscripta. Benigna Plasmocellularis-Zoon.- Arch. Derm. und Syph., 198, 557, 1954.
- 61- PAUTRIER (L.M.) - Cancer épithélial.- Dermatologica, 9, 51, 1928.
- 62- PAUTRIER (L.M.) - Erythroplasie du gland.- Dermatologica, 87, 61, 1943.
- 63- PAUTRIER (L.M.) et DANSON (R.) - Erythroplasie de la vulve.- Dermatologica, 90, 81, 1944.
- 64- PAUTRIER (L.M.) et WORINGER (F.)- Epithélioma papillaire nu de la vulve (Erythroplasie).- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 32, 1241, 1931.
- 65- QUEYRAT (L.) - Erythroplasie du gland.- Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph., 22, 378, 1911.
- 66- RICHON (L.) - La maladie de Bowen des muqueuses.- Ann. de Dermat. et Syph., 6, 191, 1925.
- 67- ROEDERER (M.J.) - Un cas de balano-posthite à plasmocytes.- Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 60, 110, 1953.
- 68- SACHS (P.) and FIELD (H.) - Erythroplasia.- Arch. of Derm. and Syph., 66, 517, 1952.
- 69- SACHS (W.) - Erythroplasia.- Arch. of Derm. and Syph., 58, 184, 1949.
- 70- SACHS (W.) and SACHS (P.W.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Derm. and Syph., 58, 184, 1948.
- 71- SACHS (W.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch.

of Derm. and Syph., 60, 803, 1949.

- 72- SATENSTEIN (D.L.) - Erythroplasia.- Arch. of Derm. and Syph., 36, 628, 1927.
- 73- SAUL BLAU (M.D.), ARTHUR (B.), HYMAN (M.D.)- (New-York U.S.A.) - Erythroplasie de Queyrat.- Acta Dermatol. Venerologica, Vol. 35, 1935, N° 4-5.
- 74- STILES (F.) - Erythroplasia of Glan.- Arch. of Derm. and Syph., 30, 647, 1934.
- 75- SULZBERGER (M.D.) and SATENSTEIN (D.L.) - Erythroplasia of Queyrat.- Arch. of Derm. and Syph., 28, 798, 1933.
- 76- TOURAINE (A.), RENAULT (P.), GOLE (L.) et SCENAMA - Erythroleucoplasie de la vulve.- Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 43, 1272, 1936.
- 77- TOURAINE (A.) et SOLENTE (G.) - L'érythroplasie.- Press. Médicale, 44, 1830, 1936.
- 78- TOURAINE (A.) et SOLENTE (G.) et GESSELBRECHT- Epithélioma sur érythroplasie bowénienne de la vulve.- Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 43, 1701, 1936.
- 79- TOURAINE (A.), SOLENTE (G.), GOLE (L.) et RENAULT (P.) - 2 cas d'érythroplasie de type hyperplasique chez des syphilitiques.- Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph., 42, 339, 1935.
- 80- ZOON (J.J.) - Balanitis circumscripta chronica mit plasmacelleninfiltrat.- Nederl Tidschr. Geneesk., 94, 1529, 1950.
- 81- ZOON (J.J.) - Balano-posthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes (contrérythroplasie de Queyrat).- Dermatologica, 105, 1, 1952.
-

